

# Privatisering en deregulering in de gezondheidszorg

Citation for published version (APA):

Rutten, F. F. H. (1983). *Privatisering en deregulering in de gezondheidszorg*. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/spe.19830923fr>

**Document status and date:**

Published: 23/09/1983

**DOI:**

[10.26481/spe.19830923fr](https://doi.org/10.26481/spe.19830923fr)

**Document Version:**

Publisher's PDF, also known as Version of record

**Please check the document version of this publication:**

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

**General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

**Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

## PRIVATISERING EN DEREGULERING IN DE GEZONDHEIDSZORG.

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de economie van de gezondheidszorg aan de Rijksuniversiteit Limburg op vrijdag 23 september 1983 door F.F.H. Rutten.

Mijnheer de Rector,  
Geachte toehoorders,

"A minimal state, limited to the narrow functions of protection against force, theft, fraud, enforcement of contracts, and so on, is justified; any more extensive state will violate persons' rights not to be forced to do certain things, and is unjustified; the minimal state is inspiring as well as right." Aldus vatte Nozick (1974) zijn conclusies omtrent de rol van de staat samen, zoals deze werden getrokken in zijn boek "Anarchy, State and Utopia".

Nozick is een van de belangrijkste woordvoerders van Nieuw Rechts, dat een liberale visie uitdraagt, de verzorgingsstaat verwerpt en een minimale staat bepleit. Deze beweging is ontstaan als reactie op de uitbouw van de verzorgingsstaat zoals deze zich na de tweede wereldoorlog heeft voorgedaan. De economische pendant van deze beweging, hoewel minder extreem, is de zgn. aanbodeconomie of "supply side economics". De term "aanbodeconomie" wil tot uitdrukking brengen dat als reactie op een langdurige overheersing van een Keynesiaanse politiek van vraagbeheersing de aanbodkant van de economie, welke gekenmerkt wordt door verstarring en inflexibiliteit, nu alle aandacht verdient. Aanbodeconomie is geen nieuwe theorie, maar probeert zich op basis van micro-economische inzichten te richten op de structurele problemen, die zich op de verschillende markten voordoen. Tevens wijst zij op de problemen van niet-marktconform ingrijpen door de overheid. Haar aanhangers staan een beleidsprogramma voor waarin privatisering en deregulering de sleutelwoorden vormen. Evenals de Keynesiaanse stroming een reactie was op de verstoringen in de economische kringloop van de dertiger jaren, zo zijn ook de "supply

siders" echte kinderen van hun tijd (vgl. Wolfson, 1982). In de praktijk is de aanbodeconomie niet onbelangrijk, getuige ondermeer de term "Reagonomics". Medio 1981 werden voorstellen van Reagan tot aanzienlijke belastingverlaging door Huis en Senaat aangenomen. Mede door het krappe monetaire beleid van de Federal Reserve Board bleven echter successen op korte termijn uit.

Op vele maatschappelijke terreinen kan een herleving van het vertrouwen in de markt worden bespeurd, niet in het minst op dat van de gezondheidszorg. In de zeventiger jaren waren er in de Verenigde Staten vele voorstanders van een volksverzekering tegen ziektekosten met als exponent senator Edward Kennedy. De introductie hiervan zou een belangrijke collectivering van het Amerikaanse gezondheidszorgstelsel betekenen. In 1981 echter zegt Richard Schweiker, Secretary of Health and Human Services: "This Administration is committed to trying something new. We want to loose the forces of the market to make the health care industry more competitive - which we think is the single greatest force for controlling prices while providing quality care" (Schweiker, 1981). In Engeland is sprake van een groei van het particuliere circuit, dat naast de National Health Service is blijven bestaan. In de periode 1950-1980 steeg het aantal particulier verzekerden van 120.000 tot meer dan 3.5 miljoen (Maynard, 1982). In een aantal landen op het Europese vasteland tracht men tot privatisering te komen door het verhogen van eigen bijdragen van patiënten voor verstrekkingen krachtens een sociale verzekering. Ook worden wel bepaalde verstrekkingen volledig uit het verzekerde pakket genomen. Tenslotte flirten ook onze eigen bewindvoerders met het idee om het concurrentiebeginsel een belangrijker plaats te geven in de gezondheidszorg.

Vanmiddag wil ik met u de mogelijkheden voor een introductie resp. versterking van marktelementen in de gezondheidszorg exploreren. Een belangrijke constatering daarbij zal zijn dat de gezondheidszorg "anders" is (vgl. Pauly, 1978). Een aantal karakteristieken van de markt voor gezondheidszorg maakt, dat overheidsingrijpen nodig is, al is het maar om enig evenwicht in de krachten aan de vraag- en aanbod-

zijde van de markt tot stand te brengen. Om het verhaal te verlevengigen zal ik soms de taal van de "pro-marketeers" spreken en dan weer in de huid kruipen van degenen, die een dominerende rol in deze sector zien weggelegd voor de overheid. Aan het eind zal ik trachten tot conclusies te komen omtrent de weg die men in de komende jaren in Nederland zou kunnen gaan. Daarmee hoop ik met dit verhaal een bijdrage te leveren, die verder gaat dan een puur intellectuele exercitie. We staan immers nu met onze gezondheidszorg op een kruispunt van wegen (vgl. Rutten en v.d. Werff, 1982). Het huidige verzekeringsstelsel is verouderd en voldoet niet meer. Gaan we nu door op de weg van toenemend overheidsingrijpen, aangegeven in de Structuurnota van 1974, of houdt een marktgerichte benadering reële beloften in?

#### De markt voor gezondheidszorg.

Alvorens op deze vraag in te gaan wil ik kort aandacht besteden aan de markt voor gezondheidszorg, hetgeen noodzakelijk is om de verdere argumentatie in mijn verhaal te kunnen volgen. Ons vakgebied kent sinds enkele jaren een aantal goede textboeken, welke alle een aantal belangrijke karakteristieken van de markt voor gezondheidszorg aangeven die van wezenlijk belang zijn voor de middelenallocatie in deze sector. Het specifieke van de markt voor gezondheidszorg kan in een viertal punten worden samengevat.

Ten eerste is het belangrijk in te zien, dat de consument op deze markt onzeker is over het tijdstip van consumptie, welke goederen en diensten bij ziekte moeten worden afgenomen en wat de kosten daarvan zullen zijn. Dit betekent dat hij zich tenminste deels zal verzekeren tegen ziektekosten. Nu is vaak genoeg aangetoond, dat het consumentengedrag ook in de gezondheidszorg beïnvloed wordt door prijzen. Een verzekerde consument, die een lagere prijs of geheel niets betaalt in geval van ziekte, zal dus in het algemeen meer consumeren dan iemand, die niet verzekerd is. Ook bestaat het gevaar, dat een verzekerde zich minder moeite getroost om te waken voor een goede gezondheid, wanneer hij de financiële gevolgen van ziekte kan afwentelen op derden c.q. zijn verzekeraar. Beide effecten worden in de literatuur

aangeduid met de term "moral hazard". Hiermee wordt dus het risico aangeduid dat consumenten, die geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn, meer consumeren dan in het geval van een juiste afweging van alle kosten en baten van het inroepen van medische hulp (Feldstein en Friedman, 1977).

Een tweede belangrijk fenomeen treedt op als gevolg van het feit, dat het gevaar van "moral hazard" wordt bestreden door het aanbieden van verzekeringspolissen met vormen van eigen risico of bijbetaling. Deze polissen worden gekocht door mensen met een gunstige verwachting m.b.t. hun gezondheidstoestand, waardoor de premie van deze polissen relatief laag kan zijn. Het aanbieden van dergelijke verzekeringspolissen werkt marktsegmentatie in de hand (een markt voor gezonde mensen, één voor minder gezonde, één voor jonge mensen, één voor ouderen, etc.) en betekent een verschuiving van de lasten van ziektekosten van de relatief gezonde consument naar de relatief ongezonde. Zonder marktregulering zal onder de druk van de competitie al tijd deze zgn. "adverse selection" optreden, en dat is ook precies wat er de laatste jaren in de Nederlandse ziektekostenverzekeringssector is gebeurd. Daarnaast kan het belastingstelsel de lastenverdeling verder beïnvloeden, wanneer bepaalde inkomensgroepen kunnen profiteren van de fiscale aftrekpost voor buitengewone lasten (v.d. Ven, 1982).

Zoals wij al zagen is de consument op de markt voor gezondheidszorg onzeker en moet hij advies inwinnen bij deskundigen wanneer hij medische hulp nodig heeft. Nu is die deskundige ook meestal de aanbieder van zorg, hetgeen deze laatste mogelijkheden biedt tot manipulatie van de vraag van de consument. Onze derde marktkarakteristiek betreft deze onevenwichtige posities van vrager en aanbieder op de markt, met name wat betreft de toegang tot informatie. Vooral in een "for profit" situatie kan dit tot ongewenste situaties leiden, maar ook bij een sociaal verzekeringssysteem ontstaan problemen wanneer aanbieders van zorg hun inkomen kunnen verhogen door toename van de produktie. Enige vorm van bescherming van de consument op de markt voor gezondheidszorg zal derhalve nodig zijn. In het verlengde van de genoemde onevenwichtige posities van vrager en aanbieder kan nog de

belangrijke rol van de professionele groepen worden genoemd. Professionalisering heeft positieve kanten, maar door economen wordt veelal benadrukt dat deze vorm van controle van de aanbodzijde van de markt een serieuze belemmering vormt om de baten van concurrentie tussen aanbieders volledig tot hun recht te laten komen.

Ten vierde kan tenslotte worden gewezen op wat economen "externe effecten" noemen. Bij transacties op een markt wordt gesproken over externe effecten, wanneer er effecten optreden die niet alleen de contractanten of partners bij een transactie betreffen maar ook derden. Dat zal zeker het geval zijn in de gezondheidszorg waar men mag aannemen dat derden een zekere voldoening ontleen aan de hulpverlening aan hun medemens. Denk daarbij ook aan het klassieke voorbeeld van de besmettelijke ziekte. In een vrije markt zal deze extra waarde, die aan transacties op de markt van de gezondheidszorg wordt toegekend, niet worden geapprecieerd, met het logische gevolg dat te weinig gezondheidszorg zal worden verleend.

Uit het bovenstaande kan men in ieder geval concluderen, dat vrij spel voor het marktmechanisme een aantal minder wenselijke effecten met zich mee zal brengen waaronder een verhoging van de kosten van de gezondheidszorg door de relatief sterke machtspositie van de aanbieders op de markt en een scheve verdeling van de lasten van de zorg over verschillende bevolkingsgroepen. Een scheve lastenverdeling is natuurlijk een vaker voorkomend verschijnsel, maar moeilijker verteerbaar wanneer het gaat om de lasten van gezondheidszorg, waarop, zo wordt wel gesteld, men een zeker grondrecht zou hebben. Enige vorm van regulering, hetzij door de overheid, hetzij door de marktpartijen in onderling overleg, is dus noodzakelijk, waarbij we regulering breed opvatten als elke maatregel, die de mogelijkheden van potentiële of werkelijke participanten op de markt beperkt.

#### Een fundamentele keuze

Alvorens ons af te vragen welke vorm van regulering voor de gezondheidszorg te prefereren zou zijn, is het goed te beseffen dat het

gehele scala van reguleringsmogelijkheden te herleiden is tot een drietal grondvormen (vgl. Corporaal 1982). Ten eerste kan de regulering betrekking hebben op het bevorderen van een goede werking van de markt d.m.v. mededingingswetgeving. In de Verenigde Staten bijv., is de algemene antitrust-wetgeving ook van toepassing op 'de gezondheidszorg, wat in 1979 leidde tot een conflict rond de rol van de planningsbureau's, de zgn. "health system agencies" in het kader van de Certificate of Need-wetgeving (Havighurst, 1982). Ten tweede kan de overheid overgaan tot collectieve voorziening van goederen of diensten, d.w.z. dat de financiering van de voorziening plaatsvindt via collectieve heffingen i.p.v. via de prijzen. In Nederland is een deel van de voorziening van gezondheidszorg op grond van de Ziekenfondswet en A.W.B.Z. gecollectiveerd. Ook kan gedeeltelijke collectivering plaatsvinden door overheidssubsidies of -heffingen. Tenslotte kan de regulering betrekking hebben op individuele goederen en diensten. Voor de gezondheidszorg kan hierbij worden gewezen op de uitgebreide wetgeving ter bewaking van de kwaliteit van de zorg.

Wij hebben gezien dat enige vorm van regulering op de markt voor gezondheidszorg nodig is, hetgeen overigens voor bijna elke markt geldt. Grote meningsverschillen ontstaan wanneer het gaat om de vraag welke mechanismen de allocatie in de gezondheidszorg dienen te bepalen. In feite kunnen twee kampen worden onderscheiden. Het eerste kamp, de pro-marketeers, hangen liberale principes aan, waarin de vrijheid op het sluiten van overeenkomsten op basis van eigen preferenties voorop staat. Het prijsmechanisme kan dan het dominerende ordeningsprincipe zijn uitgaande van een soevereine consument, die in staat is zelf die hulpverlener te kiezen, die de beste zorg verleent tegen de laagste prijs. Het tweede kamp hangt een sociaal model aan, waarin de overheid een hoofdrol speelt en de zorg om een rechtvaardige verdeling van gezondheidszorg voorop staat. Het marktmechanisme wordt in dit model vervangen door instrumenten als planning, programmering en budgettering in de handen van de overheid of door de overheid gemandateerde organisaties. Dit laatste model vormt het dominante paradigma in de meeste Europese landen. Waarom nu in het spoor van de supply-siders zoveel aandacht voor de marktbenadering? Om dat te



begrijpen, stel ik voor een uitstapje te maken naar de politieke economie en na te gaan wat er in de laatste decennia in Nederland is gebeurd m.b.t. het gezondheidszorgbeleid.

#### De problemen rond overheidsregulering.

Hiervoor hebben wij gezien dat een zuiver marktgerichte benadering tot ongewenste resultaten leidt. Ook de politieke markt, waarop politici en kiezers elkaar vinden en de vierde macht van bureaucraten een geheel eigen rol speelt, kent echter zijn problemen. Gaan wij uit van een beproefd economisch principe, nl. dat elk van deze partijen voor een belangrijk deel haar eigen belang nastreeft, dan blijkt dat via dit politiek-economisch model veel van het tot stand gebrachte beleid op het terrein van de gezondheidszorg kan worden verklaard. Bezien we allereerst de relaties tussen politici, kiezers en producenten, dan kan geconstateerd worden dat de producenten vaak in een betere positie verkeren om politici te beïnvloeden dan de consumenten. Twee factoren zijn daarbij van belang: ten eerste zijn dat de kosten van het beïnvloeden van de mening van politici en vervolgens is dat de verdeling van de lasten van beleidsmaatregelen, die door politici worden genomen. De kosten van het organiseren van contacten met politici zullen voor producenten, die immers vaak gelijke belangen kennen, in het algemeen lager zijn dan voor individuele consumenten, voor wie deze kosten niet opwegen tegen de geringe baten. Anderzijds is de relatie tussen beleid en de kosten, welke dit voor de consument/kiezer met zich meebrengt, meestal zeer ondoorzichtig, zodat de politicus ruimte heeft om een zodanig beleid te voeren, dat de producenten hogere opbrengsten biedt zonder dat de kiezers hiertegen in opstand komen (vgl. Jacobs, 1980). De gevolgen van regulering zijn voor de afzonderlijke producent meestal veel omvangrijker dan voor de consument. Een en ander leidt tot regulering, welke eerder in het belang is van producenten dan dat van consumenten.

Kijken wij naar het overheidsbeleid op het terrein van de Volksgezondheid, dat in de periode vanaf 1960 is gevoerd, dan dringt eenzelfde beeld zich op. Onder protectie van meestentijds liberaal-con-

fessionele coalities, die nauwe banden hadden met bestuurders in de gezondheidszorg, is de omvang van de publieke financiering van de gezondheidszorg aanzienlijk vergroot, terwijl aan de andere kant een minimum aan politieke controle werd gerealiseerd. Deze situatie is wel eens getypeerd als "de geniale formule: baas in eigen huis en het huis ten laste van de gemeenschap" (van Doorn, 1977). Tot welke kostenexplosie en scheefgroei dat heeft geleid, is bekend. Echter ook de details van bijvoorbeeld de Ziekenfondswet en het eerdere Ziekenfondsbesluit lijken goed aan te sluiten bij de verlangens van producenten c.q. artsen: voor de honorering van diensten aan minder draagkrachtigen werd een garantie in de vorm van sociale verzekering ingebouwd, terwijl de ruime honoreringsregeling voor diensten aan de hogere inkomenstrekkers gehandhaafd bleef. Rond 1970 werd door de specialist voor eenzelfde behandeling aan de eerste-klas verzekerde negenmaal zoveel in rekening gebracht als aan de ziekenfondsverzekerde. Ook moet daarbij worden gedacht aan het belang van een specifieke producentengroep, de ziektekostenverzekeraars. Voor de consumenten resteert een relatief duur verzekeringssysteem, dat leidt tot een ongelijke en volstrekt willekeurige verdeling van lasten over bevolkingsgroepen wanneer de gehele bevolking wordt beschouwd (Van Dooren & Rutten, 1983). Een van de andere vele voorbeelden betreft de succesvolle oppositie van de professie tegen het opnemen van het eerste jaar ziekenhuisverpleging en de specialistische hulp in de AWBZ tijdens de discussie over de invoering van deze wet (Juffermans, 1982). Hierdoor bleef de scheiding tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden in de zeventiger jaren volledig overeind.

Ook bij de bescherming van de professies biedt de wetgever een helpende hand. Bewaking van de kwaliteit van de zorg is natuurlijk erg belangrijk en is gediend met bescherming tegen beunhazerij, maar vaak worden de kosten van wetgeving op het terrein van vergunningen over het hoofd gezien. Vele malen is gesteld dat een betere arbeidsverdeling in de gezondheidszorg (vgl. de inzet van zgn. "nurse practitioners") tot belangrijke besparingen kan leiden (Reinhardt, 1975); de wetgever maakt het niet mogelijk deze pudding te eten en daarmee het bewijs te leveren. Een fraaie illustratie van de diffuse relatie

tussen beleid en daaruit voortvloeiende kosten voor de consument vormen tenslotte de steeds terugkerende discussies over uitbreiding resp. inkrimping van het verstrekkingenpakket van Z.F.W. en A.W.B.Z. Zou het echt in het belang zijn van de consument dit pakket voortdurend te laten uitdijen, of is deze juist gediend met een scherpe afbakening op grond van kosten-baten studies als bescherming tegen al te enthousiaste producenten?

Het hierboven geschetste beeld is, het zij toegegeven, typisch voor een bepaalde periode in de Nederlandse Volksgezondheid. Aan de onverschilligheid van het publiek t.a.v. kostenstijgingen lijkt een einde gekomen en ook lijkt de macht van de producentengroepen tanende. Stel derhalve dat toch wetgeving tot stand komt vanuit een open oog voor het algemeen belang dan ontmoeten we een tweede hindernis in ons politiek economisch model. Deze wordt gevormd door de uitvoerders van het beleid, hetzij ambtenaren hetzij werknemers van wettelijk ingestelde organen voor de financiering of de planning van de gezondheidszorg of voor de advisering daaromtrent. Er wederom van uitgaande dat ook deze organisaties een hoog gewicht toekennen aan hun eigen doelstellingen, dan mag worden verwacht dat deze ernaar streven de oppositie tegen door hen genomen besluiten te minimaliseren om daarmee de omvang en het gezag van de eigen organisatie te vergroten. Als de te reguleren producenten de belangrijkste belangengroep zijn, terwijl het effect van de regulering voor hen relatief groot is, voorspelt de theorie dat regulerende instanties geen beslissingen zullen nemen die ver afdiggen van de standpunten van de te reguleren producenten. Eenzelfde voorspelling kan worden gedaan op grond van de zgn. "capture theory", volgens welke regulerende instanties als het ware gevangen worden door de gereguleerde producenten. Deze beïnvloeden deze regulerende instanties door ze van informatie te voorzien en ze te steunen in pogingen tot budgetverruiming. De empirie in andere bedrijfstakken dan de gezondheidszorg leert dat prijzen van vergelijkbare goederen en diensten hoger zijn in gereguleerde bedrijfstakken dan in niet-gereguleerde (Jordan, 1972, Stigler en Friedland, 1962).

In Nederland bestaat nog betrekkelijk weinig ervaring met planning van gezondheidszorg via daartoe ingestelde planningsorganen. In de Verenigde Staten daarentegen zijn sinds het einde van de zestiger jaren de zgn. "health system agencies" actief. Deze al eerder genoemde planningsburo's bepalen op grond van de National Health Planning and Resources Development Act welke uitbreiding van de ziekenhuiscapaciteit is toegestaan. Deze planningsorganen blijken een vrij slechte staat van dienst te hebben, zowel op het terrein van de beperking van overcapaciteit van ziekenhuisdiensten als bij de beteugeling van de kosten van de ziekenhuizen (Marmor and Christianson, 1982) en lijken gegeven de incentives, die de andere actoren in de gezondheidszorg doen bewegen, gedoemd een beperkte rol te spelen. In dit verband is het interessant stil te staan bij de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de rol van de lagere overheden daarin. Deze hebben immers, volgens het politiek-economisch model geen belang bij confrontaties met de gezondheidszorginstellingen, vooral wanneer de financiering geschiedt via een landelijk fonds en de eigen achterban slechts zeer indirect met de financiële gevolgen van het regionale beleid wordt geconfronteerd. Een vooralsnog moeilijk vorm te geven procedure rond regionale budgetten zou hier voor een zekere rem op de regionale gezondheidszorguitgaven moeten zorgdragen (Rutten, 1982). Daar komt nog bij dat het voor politici bijzonder moeilijk is de capaciteit van gezondheidszorginstellingen terug te brengen of nee te zeggen tegen technologische vernieuwingen terwijl de kiezer de gezondheidszorg ziet als een grondrecht.

Kan dus soms aan de goede wil van politici en uitvoerders van het beleid getwijfeld worden, in ieder geval zijn de belangen van producenten tegengesteld aan die van een regulerend orgaan dat streeft naar capaciteitsvermindering en kostenbeheersing. In een ander verband heb ik al eens een overzicht gegeven van de Amerikaanse ervaring met de effecten van verschillende vormen van regulering (directe regulering van de capaciteit, "prospective rate setting" en "utilization review"), waarbij bleek dat gezondheidszorginstellingen zeer inventief zijn in het benutten van ontsnappingsmogelijkheden (van der Gaag en Rutten, 1980). Op alle fronten van regulering blijken de

resultaten niet significant of zelfs tegengesteld aan wat beoogd werd (Sloan and Steinwald, 1979). De belangrijke advocaat van de zgn. "competetive approach", Alain Enthoven (1980), zegt het zo: "In my view, the regulatory approach is like trying to make water run uphill, whereas in the competetive market approach the government is merely trying to channel the stream in its downhill course".

Voor Nederland kunnen ook talrijke voorbeelden van aanbieders, die zich met succes weten te onttrekken aan reguleringsactiviteiten, worden aangedragen. Een voorbeeld is het beleid m.b.t. de tarieven van specialistische verrichtingen in de ziekenfondssfeer in het kader van de kostenbeheersing. In de periode 1968 - 1977 is het gemiddelde tarief afgenomen met ongeveer 6%, rekening houdend met de inflatie. Hoewel in dezelfde periode het aantal specialisten met 38% toenam tegenover een stijging van het aantal verwezen patiënten van slechts 22%, waardoor per saldo het aantal patiënten per specialist afnam, kon een inkomensachteruitgang voor een groot aantal specialismen vermeden worden door een belangrijke toename van het aantal verrichtingen per specialist. Voor interne geneeskunde bedroeg deze stijging zelfs 67%. Het is duidelijk dat een en ander eerder tot meer dan tot minder kosten leidt zeker, wanneer men niet alleen de kosten i.v.m. specialistenhonorering beschouwt. De les, die hieruit kan worden getrokken, is dat een partiële aanpak, zoals in dit geval prijsbeheersing zonder normering van hoeveelheden, tot averechtse resultaten zal leiden doordat teveel ontsnappingsmogelijkheden worden gelaten aan de producenten. Het voorbeeld toont ook dat zonder verandering van de incentives, waardoor aanbieders worden gedreven, regulering op dit punt inderdaad kan worden omschreven als: "trying to make water run uphill".

#### Opties op basis van een marktstrategie

In de hoop dat u na deze opsomming van de problemen rond overheidsregulering wat meer belangstelling heeft gekregen voor de marktbenadering, wil ik graag met u nagaan welke mogelijkheden deze benadering biedt. Daarbij is het helaas zo dat er nauwelijks empirisch materiaal

beschikbaar is, waaruit conclusies zijn af te leiden omtrent de effecten van competitie op deze markt (Havighurst, 1982). De enige vermeldenswaardige feiten betreffen enkele ontwikkelingen, die zich op deelmarkten in de gezondheidszorg, met name in de Verenigde Staten, hebben voorgedaan. Mijn betoog draagt hierdoor noodzakelijkerwijs een hypothetisch karakter.

Competitie tussen aanbieders van gezondheidszorg is afwezig, wanneer de zgn. third party of verzekeraar zich uitsluitend ten doel stelt verzekeringsgelden uit te keren en geen poging doet de zorg voor de kosten van de gezondheidszorg, welke bij de consument leeft, in haar beleid tot uitdrukking te brengen. Dit laatste kan nu op twee manieren plaatsvinden; ofwel, de verzekeraar stelt zich op als een kostenbewuste onderhandelaar en koper van gezondheidszorg, ofwel de verzekeraar structureert zijn verzekeringspolis zodanig dat de verzekerden in belangrijke mate de kostenimplicaties van aan hen verleende zorg direct ondervinden. In het eerste geval ligt de rol van de consument in het kiezen van een verzekeraar, die waar voor zijn premie biedt, en staat dus de relatie consument - verzekeraar voorop. In het tweede geval wordt de directe relatie consument - producent hersteld.

Een interessante uitwerking van de eerste mogelijkheid kan worden toegeschreven aan Alain Enthoven (1980), de initiator en advocaat van het zgn. Consumer Choice Health Plan. Dit plan is erop gericht via marktregulering zodanige incentives te genereren, dat de eerder genoemde ongewenste effecten van een vrije marktbenadering worden vermeden. De basis van het plan is dat de consument uit een aantal concurrerende organisaties van aanbieders diegene kiest, die hem de beste zorg biedt voor de laagste prijs. Om "adverse selection" te vermijden worden deze organisaties gedwongen om gelijke premies te berekenen aan verzekerden in een actuariael gelijke groep (bijv. leeftijdsgroep) en verder worden ze verplicht een ieder als verzekerde toe te laten. Tenslotte wordt van elke organisatie geëist dat ze een minimumpakket aan verstrekkingen voert, hetgeen de consument helpt bij zijn keuze tussen organisaties. In de Verenigde Staten bestaan reeds dergelijke, op deze basis werkende, organisaties, de

zgn. "prepaid group practices", waarbij "prepaid" aangeeft dat er een vaste premie wordt betaald onafhankelijk van de consumptie. Deze organisaties hadden in 1981 8,7 miljoen ingeschrevenen en groeien met ongeveer 10% per jaar. Daarbij blijken ze zo'n 10 - 40% lagere kosten voort te brengen dan traditionele zorginstellingen, hetgeen samenhangt met een veel lager gebruik van ziekenhuisdiensten in de orde van grootte van 25 - 45% (Luft, 1978). Momenteel ondervinden de zgn. Health Maintenance Organizations (H.M.O.'s) als de meest prominente van dit type organisaties een steeds grotere concurrentie van de traditionele verzekeraars, die door premiedifferentiatie in staat blijken de betere risico's aan zich te binden. Derhalve propageert Enthoven een overheidsregulering ter bescherming van een faire competitie op de gezondheidszorgmarkt in de vorm van de hierboven aangegeven eisen m.b.t. acceptatieplicht, premiestelling en minimum verzekeringsdekking.

Op basis van deze gedachten heeft Van de Ven (1983a) onlangs een interessant voorstel gedaan tot herstructurering van de Nederlandse verzekeringsstructuur. Daarbij gaat hij verder dan Enthoven in de zin, dat hij niet alleen voorstelt een aantal regels aan het marktgebeuren op te leggen, maar ook een gedeeltelijke collectivering van de voorzieningen voorstaat. Dit laatste gebeurt door het instellen van een centrale kas, waardoor het mogelijk wordt een inkomensbeleid te voeren en bepaalde doelgroepen te subsidiëren. Voor een goede appreciatie van de voorstellen op basis van de consumer choice health plan-gedachte dient duidelijk te worden gesteld dat de baten hiervan pas gerealiseerd zullen worden als bestaande regulering m.b.t. het aanbod van zorg en de tarieven wordt teruggetrokken. Wanneer via planning en prijsregulering bepaalde aanbieders beschermd zouden blijven dan blijven ook de resultaten van de concurrentie tussen de aanbieders om de gunst van de verzekerings- of aanbiedersorganisatie (en derhalve van de consument) noodzakelijkerwijs beperkt.

Hoe moeten we dit alternatief nu beoordelen? Belangrijk is de bescherming van diegenen, die relatief zwak staan als consument, door met name de eis van gelijke premies voor actuarieel gelijke groepen.

Daardoor subsidieert de relatief gezonde zijn zieke medemens binnen eenzelfde plan en wordt het probleem van de "adverse selection" omzeild. Er blijft echter een sterke incentive voor de verzekeraar bestaan de goede risico's binnen een actuariële groep aan zich te binden, waardoor het probleem op een hoger aggregatieniveau weer terugkeert. Bekend is, dat naast leeftijd nog vele andere persoonsgebonden factoren een belangrijke invloed op de vraag naar gezondheidszorg uitoefenen (vgl. v.d. Ven et al., 1980). Voor inventieve verzekeraars of aanbiedersorganisaties liggen hier derhalve nogal wat mogelijkheden. De vraag ontstaat of dit probleem dan niet beter kan worden bestreden door gebruik te maken van directe overheidssubsidies of belastingfaciliteiten voor de relatief zwakke groepen. Een tweede aarzeling betreft de grote kans op het ontstaan van oligopolies, zeker wanneer de te verzorgen populatie in een gebied beperkt is en per organisatie een min of meer volledig pakket voorzieningen moet worden aangeboden. Voeg daarbij de rigide systematiek van prijszetting, gekarakteriseerd door het jaarlijks stellen van uniforme prijzen, en een hevige concurrentie met opeenvolgende prijsverlagingen wordt minder waarschijnlijk (Havighurst, 1982). Desalniettemin biedt dit alternatief op theoretische gronden interessante perspectieven: bij een behoorlijk minimumpakket aan verstrekkingen per plan kunnen zeer efficiënt werkende gezondheidszorgsystemen ontstaan met waarborgen voor een goede kwaliteit, hetgeen immers ook een concurrentiewapen is in de strijd om de gunst van de consument.

De tweede optie binnen de marktstrategie richt zich, zoals gezegd, op de relatie tussen de consument en de aanbieder en gaat ervan uit dat de consument zorgvuldiger gebruik maakt van gezondheidszorg wanneer hij de directe kosten van dat gebruik zelf moet betalen. Op deze wijze wordt het probleem van de "moral hazard" geringer, maar nemen uiteraard de positieve effecten van verzekering af. De vraag is nu, of de vraag naar gezondheidszorg werkelijk daalt bij een lagere verzekeringsdekking? Of vindt slechts een lastenverschuiving naar de individuele consument plaats? Uit een aantal studies (met name Newhouse et al., 1981) weten we dat de effecten van deze zgn. "cost-sharing" op de korte termijn aanzienlijk zijn. Op basis van het Rand-



ziektekostenverzekeringsexperiment bleek dat bij volledige verzekering de totale uitgaven 50% hoger waren dan bij een verzekeringspolis, waarin 95% van alle uitgaven beneden maximaal \$1000 (afhankelijk van het gezinsinkomen) zelf moesten worden betaald. Ook bleek dat een eigen risico voor ambulante zorg niet alleen leidt tot lagere uitgaven voor ambulante zorg, maar ook tot lagere uitgaven voor ziekenhuishulp. Nadat iemand is opgenomen in een ziekenhuis wordt het eigen risico aan de voet snel overschreden, waarna geen effecten meer optreden. Bij betaling van een percentage van de kosten (co-insurance), ook boven het eigen risicobedrag, zou ook de in het ziekenhuis opgenomen patient prikkels tot kostenbewust gedrag behouden. Uit de literatuur blijkt voorts duidelijk, dat de hulpverlening op initiatief van de patient het gemakkelijkst beïnvloed wordt door cost-sharing, maar in dat geval is ook het gevaar het grootst, dat de patient niet gesteund door deskundig advies een verkeerde beslissing neemt (Van de Ven, 1983c). Wat de effecten van cost-sharing op de gezondheidstoestand, zeker op de lange termijn, zijn vermeldt de literatuur niet. Op bepaalde terreinen, waar de informatie-achterstand van de consument beperkt kan worden of voldoende deskundige, en bij voorkeur onafhankelijke, bijstand kan worden gewaarborgd, kunnen de baten van cost-sharing opwegen tegen het feit, dat aan de solidariteit met de zieken afbreuk wordt gedaan. Voorbeelden daarvan zijn de geneesmiddelensector, waar veel verspilling, welke ten dele op het conto van de consument moet worden geschreven, plaatsvindt en al die situaties, waarin een deskundige adviseert over medische hulp, die hij niet zelf aanbiedt. Ondanks de onzekerheid over effecten op langere termijn heeft deze vorm van marktdenken zich in Europa een grote populariteit verworven als relatief eenvoudige hervorming binnen gecollectiveerde gezondheidszorgsystemen, welke direct resultaat afwerpt in de vorm van een vermindering van de collectieve lasten (Rutten, 1983a).

#### Een marktbenadering voor Nederland

Wat is nu de relevantie van dit alles voor de Nederlandse problematiek. Een moeilijk dilemma ontstaat wanneer we zien dat tegen alle aangedragen alternatieven belangrijke bezwaren zijn in te brengen.

Voor- en nadelen van de verschillende opties dienen derhalve gewogen te worden om tot besluitvorming te komen en dit is eerder een taak van de politicus dan van de wetenschapper. Toch wil ik via een aantal observaties trachten de discussie, die straks over de noodzakelijke hervorming van het verzekeringssysteem gevoerd moet gaan worden (Van Duuren & Rutten, 1983 en Van de Ven, 1983b), te verhelderen.

Allereerst is het belangrijk duidelijk te stellen, dat de uiteindelijke doelstelling is een efficiënte middelenallocatie in de gezondheidszorg bij een redelijke verdeling van de lasten, en niet bijv. een verlaging van de collectieve lasten op zich. De voor- en nadelen van verzekering en dus ook van sociale verzekering, heb ik eerder behandeld. Echter ook macro-economisch gezien is het argument, dat privatisering leidt tot verminderde druk op lonen en prijzen met alle gunstige effecten vandien, voor de gezondheidszorg minder relevant. De consument is immers gedwongen zich in belangrijke mate tegen de gevolgen van ziekte te verzekeren, hetzij via een sociale verzekering, hetzij particulier. Privatisering leidt in dit geval dus zeker niet tot een evenredige vergroting van de bestedingsruimte voor de burger, waardoor effecten op lonen en prijzen gering zullen blijven. Deze constatering is relevant daar privatisering in de gezondheidszorg een belangrijke leiddraad lijkt in het denken over herstructurering in Leidschendam.

De zorg om een redelijke verdeling van de lasten van gezondheidszorg en het gerelateerde probleem van de "adverse selection" bij verzekering leidt ertoe, dat elk alternatief, waarin een markt wordt ingericht, welke een aanzienlijk deel van de gezondheidszorgactiviteiten omvat, noodzaakt tot belangrijke aanvullende regulering. Ook de uitwerking van de "consumer choice health plan"-gedachte door van de Ven (1983a) laat zien, dat een vrij uitgebreide regulering in dat geval nodig is. Desondanks blijven consumenten met een relatief slechte gezondheid onder de verschillende marktstrategieën een financieel risico lopen. Zelfs volgens de havik van de deregulering Clark Havighurst (1982), wijst dat voor de slecht verzekerbare risico's in de richting van een oplossing via directe overheidssubsidies. Mijn

conclusie is dat in een maatschappelijke context, waarin men gewend is te denken in termen van een "recht op gezondheidszorg" en dus verdeelingsaspecten zeer belangrijk acht (de Jong en Rutten, 1983), een collectieve voorziening van althans de basisvoorzieningen het meest doelmatig lijkt.

Een derde observatie met betrekking tot de marktopties is, dat niet moet worden verzuimd bij privatisering van bijvoorbeeld een subsector van de gezondheidszorg bestaande regulering op het terrein van planning van het aanbod en de prijszetting af te bouwen. Doet men dit niet, dan zijn de vruchten van competitie minder zoet dan mogelijk zou zijn. Dit lijkt een open deur, maar is dit bij nadere beschouwing van de huidige discussie rond herstructurering niet. In de gedachten omtrent herstructurering, zoals die zijn neergelegd in het Heroverwegingsrapport (1981) en ook later door Staatssecretaris Van der Reijden naar voren zijn gebracht, wordt naast een collectieve sector een private sector gezien, waarin concurrentie tussen particuliere verzekeraars voor een belangrijke verbetering in de doelmatigheid van de allocatiebeslissingen zou moeten zorgdragen. Particuliere verzekeraars lijken momenteel in een felle concurrentie gewikkeld op basis van premie en aantrekkelijkheid van de polisvoorwaarden. Een lage premie is echter eerder het gevolg van succes in de strijd om de goede risico's dan van werkelijke verbeteringen in de doelmatigheid van de zorgverlening. Toegegeven, een particuliere ziektekostenverzekeraar kan druk uitoefenen op hulpverleners, maar de overcapaciteit in de gezondheidszorg en de prijszetting blijven voor hem exogene grootheden. Derhalve dient de concurrentie zich uit te strekken tot de aanbieders zelf waardoor ook in de Verenigde Staten zo succesvolle combinaties tussen verzekeraars en aanbieders kunnen ontstaan. Alleen het marktaandeel van de particuliere ziektekostenverzekeraars vergroten, zoals een in het voorjaar uitgelekt departementaal plan liet zien, zet geen zoden aan de dijk.

Zoals eerder gesteld zou ook de wetgeving met betrekking tot de beroepsuitoefening moeten worden gescreend om tot een doelmatiger arbeidsinzet te komen door bijvoorbeeld grotere vrijheid te geven aan

het ontstaan van onafhankelijke paramedische praktijken (Reinhardt, 1982) of een betere taakverdeling tussen beroepsuitoefenaren binnen een gezondheidszorgvoorziening te bewerkstelligen. Friedman (1962) zei hierover al in 1962: "It is clear that licensure has been at the core of the restriction of entry (into the health care field) and that this involves a heavy social cost, both to the individuals who want to practice medicine but are prevented from doing so and to the public deprived of the medical care it wants to buy and is prevented from buying". Concluderend kunnen we stellen dat bij privatisering van een gehele subsector van de gezondheidszorg de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) voor die sector bij voorkeur niet van toepassing dienen te zijn. Voor diegenen, die hun twijfels hebben omtrent de doelmatigheid van met name de WVG, ontstaan hier perspectieven. Zou men besluiten tot privatisering van belangrijke delen van de extramurale zorg, dan is invoering van de WVG niet meer zinvol.

Tenslotte is het mogelijk binnen de sociale verzekeringsstructuur de tweede door mij aangegeven marktoptie toe te passen op basis van het profijtbeginsel. Een evenwichtig stelsel van eigen bijdragen zowel op grond van het doelmatigheidsmotief als van het besparingsmotief kan een doelmatige allocatie van verder collectief gefinancierde zorg bevorderen. De hierbij te eerbiedigen randvoorwaarden heb ik hiervoor aangegeven.

#### Gunstige voorwaarden.

Dit zijn, naar mijn inzicht, enkele zaken, waarbij men bij de uitwerking van de marktgedachte voor Nederland rekening zou moeten houden. Een andere vraag is of het klimaat alhier gunstig is voor privatisering. Om een aantal redenen lijkt deze vraag voorzichtig bevestigend beantwoord te kunnen worden. In de eerste plaats lijkt de publieke opinie, beïnvloed door de vertrouwenscrisis m.b.t. overheidsingrijpen, niet onwelwillend. Vervolgens is de uitbreiding van keuzemogelijkheden voor de consument, die inherent is aan de marktoptie, voor velen aantrekkelijk, hetgeen mag worden afgeleid van het succes van

de polisdifferentiatie in de particuliere sector. In een recente enquête (Collaris en Heidinga, 1982) bleken meer mensen voorstander te zijn van een beperking van het voorzieningenpakket en de introductie van eigen bijdragen als oplossing voor de financiële problematiek bij de ziekenfondsen dan van een verdere verhoging van de premies.

Zonder meer gunstig voor een evenwichtige ontwikkeling van een gezondheidszorgmarkt is het feit, dat de traditionele problemen op de arbeidsmarkt voor hulpverleners samenhangend met een sterke mate van zelfregulering door de professies minder op de voorgrond treden nu er een ruime arbeidsmarkt is ontstaan. In het marktalternatief lijken er meer garanties dat de potentiële baten van een hogere instroom kunnen worden benut dan in de centrale planningsoptie. Daarbij kan ik bijvoorbeeld wijzen op de vestigingsregeling voor beroepsbeoefenaren in de WVG, welke de mogelijkheden voor nieuwkomers belemmert en de gevestigde belangen lijkt te beschermen (Laprê, 1983).

Evenzeer gunstig is de omstandigheid, dat het particulier initiatief in Nederland een lange traditie kent en met name ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars veel know-how en ervaring hebben opgebouwd op het terrein van financiering, verzekering, financiële controle en alles wat daarmee samenhangt. Op deze ervaring zou betrekkelijk eenvoudig kunnen worden doorgebouwd. Positief is in dit verband het onlangs tussen de financiers bereikte akkoord voor de oplossing van de urgente financiële problematiek in de ziekenfondsector, waaruit een groot verantwoordelijkheidsgevoel van deze kant spreekt. Voorts zou analoog aan de ontwikkelingen in de Verenigde Staten een initiërende rol van werkgevers of vakverenigingen kunnen ontstaan bij de totstandkoming van verantwoorde aan een volksverzekering complementaire verzekeringspakketten. Deze organisaties verwerven relatief gemakkelijk de deskundigheid die de individuele consument mist, waardoor het bezwaar van een slecht geïnformeerde consument op een vrije markt voor gezondheidszorg minder zwaar weegt.

Tenslotte kan privatisering een stimulans betekenen voor een opbloei van de zgn. informele gezondheidszorg. Wanneer Juffermans (1982) in

zijn historische schets spreekt over de "verstening" van de ziekenfondsen, voorheen actieve verenigingen van leden-verzekerden, tot wettelijke uitvoeringsorganen en de "stolling" van het actieve verenigingsleven in de wereld van het kruiswerk tot een gezondheidszorgvoorziening, uitgevoerd door professionele krachten en beheerd door professionele bestuurders, in een periode van toenemende collectivisering, dan mag wellicht van een tegengestelde beweging in de richting van privatisering een stimulans op deze vorm van gezondheidszorg worden verwacht. In een tijd van toenemende financieel-economische beperkingen kan het noodzakelijk zijn deels terug te vallen op deze informele gezondheidszorg, die gemakkelijk complementair aan een flexibele private sector zou kunnen opereren.

#### Een volksverzekering met beperkt verstrekkingenpakket

In mijn betoog van deze middag, dat ik nu ga afsluiten, zijn alleen economische aspecten aan de orde geweest. Het is mogelijk om vanuit filosofisch-ethische gezichtspunten te spreken over collectieve verantwoordelijkheid versus individuele verantwoordelijkheid en over de posities van een egalitaire, utilitaristische of liberalistische visie in de gezondheidszorg (de Jong en Rutten, 1983). Ik heb deze zaken moeten laten rusten. Desalniettemin kan worden geconstateerd, dat alleen al de economische argumenten, en dat zijn momenteel natuurlijk niet de minst onbelangrijke, wijzen in de richting van een oplossing, waarheen ook de discussies in breder verband lijken te gaan (W.R.R.-rapport, 1982). Deze oplossing kan worden getypeerd als een volksverzekering met een beperkt verstrekkingenpakket, waarbij een particuliere sector zorgdraagt voor de voorziening in die verstrekkingen, welke buiten het pakket van de volksverzekering vallen.

De discussie over welke voorzieningen dan collectief gefinancierd zouden moeten worden, komt nu op gang (vgl. Rutten, 1983b). Zonder hierop nu uitgebreid in te gaan, kan worden gesteld dat men bij het doortrekken van de lijnen van mijn betoog uitkomt bij een collectief gefinancierd pakket, waarin in ieder geval de gehele intramurale zorg inclusief de specialistische hulp ofwel de grote financiële risico's

zijn ondergebracht. Voor zover extramurale zorg wordt verleend aan diegenen, die belangrijke risico's vertegenwoordigen, bijvoorbeeld door het chronische karakter van hun ziekte, zou deze ook op basis van een volksverzekering kunnen worden verstrekt. Wil men de kaart van de marktoptie werkelijk spelen, dan zou bijvoorbeeld de rest van de extramurale zorg geprivatiseerd en gedereguleerd kunnen worden. Bij onderbrenging van de grote financiële risico's in een volksverzekering, is er minder reden om via ingewikkelde regulering in de private sector bepaalde doelstellingen met betrekking tot de lastenverdeling na te streven. Daarnaast zouden een gefaseerde en gedeeltelijke terugtrekking van de WTC en het ecarteren van de WVG de logische consequenties zijn van deze strategie. Voorwaarden zouden moeten worden geschapen om ervoor te zorgen dat een particuliere sector flexibel reageert op mogelijkheden tot het bieden van complementaire zorg in goede samenhang met de collectief gefinancierde zorg. Relaties tussen beide verschillend gefinancierde zorgsystemen zouden ook tot stand kunnen worden gebracht door het invoeren van enkele administratieve regelingen, bijvoorbeeld de verplichting van een verwijzing door een erkende eerstelijns-voorziening naar een collectief gefinancierde voorziening.

Het naast elkaar bestaan van een collectieve sector en een particuliere sector doet wel het gevaar ontstaan, dat problemen worden afgewenteld op de collectieve sector (vgl. het "succes" van commerciële ziekenhuizen in de Verenigde Staten). Om dit te voorkomen is het absoluut noodzakelijk de aanzuigende werking van de gezondheidszorg in de hogere echelons tegen te gaan. Daartoe staan twee wegen open, die beide bewandeld moeten worden. In de eerste plaats dienen de actoren in de (collectief gefinancierde) gezondheidszorg gemotiveerd te worden tot een doelmatige wijze van hulpverlening. Na jaren van discussie is nu een begin gemaakt met een budgetteringssysteem voor ziekenhuizen dat aanzet tot efficiënte zorgverlening in het ziekenhuis (Groot, 1982). Het is hoog tijd ook aandacht te geven aan een beslissingsniveau lager en over te gaan tot afschaf van goodwill van artsenpraktijken en vervolgens tot loondienst voor specialisten. Tegen het cynisme over de operationaliseringsmogelijkheden hiervan, dat in

het ten tonele gevoerde politiek economisch model bestaat, kan worden ingebracht dat de publieke opinie haar onverschilligheid t.o.v. premieverhogingen heeft verloren, waardoor de politieke mogelijkheden in deze oplossingsrichting toenemen. Voor gedetailleerde aanbevelingen m.b.t. noodzakelijke veranderingen in incentives verwijs ik graag naar mijn dissertatie uit 1978 (Rutten, 1978). De daar gedane aanbevelingen lijken nog niet aan actualiteit te hebben ingeboet.

Het tweede spoor is dat van de protocollaire geneeskunde. Op basis van geneeskundige, epidemiologische en economische inzichten dienen protocollen voor diagnostische en therapeutische activiteiten ontwikkeld te worden, waarin wordt aangegeven onder welke omstandigheden personen voor medische behandeling in aanmerking komen en welke activiteiten daarmee zijn gemoeid. Door collectieve financiering te koppelen aan de eis, dat een behandeling past binnen een bepaald protocol (althans, dat niet ongemotiveerd van het protocol kan worden afgeweken), wordt de doelmatigheid van de zorg bevorderd en kan de collectieve gezondheidszorgsector enigszins worden afgeschermd. Nieuwe ontwikkelingen in de medische technologie zoals harttransplantatie zijn niet tegen te houden; wel zou collectieve financiering moeten worden voorbehouden aan die gevallen, waarin aantoonbaar van een redelijke kosten-baten-verhouding sprake is. Voor de ontwikkeling van dergelijke protocollen is veel onderzoek op basis van economische technieken en medische besliskunde nodig. Onze groep "economie van de gezondheidszorg" heeft in samenwerking met andere binnen en buiten de universiteit een belangrijk begin gemaakt met studies op dit terrein en wij hopen van "technology assessment" in brede zin een eerste speerpunt in het onderzoek van de Rijksuniversiteit Limburg te kunnen maken.

Een volksverzekering, waarbinnen de gehele specialistische hulp en intramurale zorg alsmede de preventieve zorg wordt gefinancierd, kan indien de hiervoor aangegeven sporen worden gevolgd en een evenwichtig stelsel van eigen bijdragen wordt geïncorporeerd, beperkt blijven wat betreft het beslag op de financiële middelen. Het collectief gefinancierde deel van de gezondheidszorg zou in dit scenario zelfs



kunnen dalen tot beneden het huidige niveau van 75%. Daarmee ontstaat ruimte voor een particuliere sector, die een doelmatige voorziening in noodzakelijke extramurale voorzieningen en eventuele extra voorzieningen in de intramurale zorg (bijv. klasseverpleging) kan realiseren mits er sprake is van een terughoudend beleid binnen de collectief gefinancierde zorg. Denk echter niet dat de vruchten van concurrentie op korte termijn kunnen worden geplukt. Gezaghebbende auteurs spreken over resultaten eerst op langere termijn nadat aanvankelijke kostenstijgingen zijn opgetreden vanwege aanpassingsproblemen (Marmor & Christianson, 1982).

Het privatiseren van een gehele subsector is een nogal drastische weg, met vele onzekerheden geplavuisd. Eenvoudiger is het de tweede, door mij onderscheiden marktoptie, te volgen en marktelementen in de vorm van eigen bijdragen over het gehele gezondheidszorgstelsel te spreiden. De private sector zou zich dan kunnen richten op het herverzekeren van de eigen bijdragen en het aanbieden van complementaire extra voorzieningen. Een interessante suggestie is om bij de vaststelling van het collectief gefinancierde deel versus de eigen bijdrage rekening te houden met de kostenstructuur van de verstrekkingen (Groot, 1982). Wanneer de vaste kosten gefinancierd worden uit collectieve middelen via een budgetformule, terwijl ter dekking van de variabele kosten bijdragen van patiënten worden gevraagd, kan een faire competitie tussen gezondheidszorginstellingen ontstaan om de gunst van de patiënt, die zijn eigen bijdrage graag beperkt wil houden. Wat de effecten van een omvangrijk stelsel van eigen bijdragen op de vraag naar gezondheidszorg op langere termijn zullen zijn, is onzeker. In hoeverre de uit zo'n optie voortvloeiende lastenverschuivingen aanvaardbaar zijn, hangt af van de politieke vraag hoe stringent men in deze sector het profijtbeginsel wil toepassen. Beide alternatieven afwegend is mijn conclusie dat bij de keuze voor een volksverzekering met een beperkt verstrekkingenpakket de beperking zich niet alleen zou moeten uitstrekken tot de introductie van eigen bijdragen, maar ook de uitsluiting van belangrijke delen van de gezondheidszorg (voor zover geen basisvoorzieningen) zou kunnen betreffen. De ervaringen met name in de Verenigde Staten rechtvaardigen de

verwachting dat in dergelijke deelsectoren op enige termijn een efficiënte, flexibele en gevarieerde zorgverlening kan ontstaan. Scenario's voor een gefaseerde overgang naar een marktgewijze allocatie in de gezondheidszorg zijn reeds ontwikkeld (vgl. Havighurst, 1982 en v.d. Ven, 1983a).

Ik wil mijn rede gaarne beëindigen met een kort dankwoord aan al diegenen, die hebben bijgedragen aan mijn benoeming aan de Rijksuniversiteit Limburg, in het bijzonder mijn collega proximus Lou Groot. Ik dank hen voor het in mij gestelde vertrouwen en voor de collegialiteit, die ik in de periode sinds mijn benoeming heb ondervonden. Maastricht is momenteel zeker de meest interessante plaats in Nederland voor een gezondheidseconoom, nu definitieve departementale toezeggingen zijn gedaan voor de ontwikkeling van de studierichting gezondheidswetenschappen en van een economische faculteit, waar ondermeer technologie en gedrag van de overheid belangrijke aandachtsvelden zullen vormen. Ik hoop met volle inzet aan deze ontwikkelingen bij te dragen.

Ik heb gezegd.

Literatuur

Collaris, J.W.M. en R.W. Heidinga, Enquëtecijfers nader beschouwd: ziekenfondsverzekerde sterker gehecht aan verworvenheden, Inzet, 1982, 11, pp 24-26

Corporaal, M., Overheidsinterventie in Amerika, ESB, 67 (1982), pp 697-701

Van Doorn, J.A.A., De beheersbaarheid van de verzorgingsmaatschappij, Beleid en Maatschappij, nr. 5 (1977), pp. 115-128

Van Duuren, R. en Rutten, F.F.H., Ongelijke verdeling van lasten in de gezondheidszorg, Rijksuniversiteit Limburg, juni 1983

Enthoven, A.C., Health plan, the only practical solution to the soaring cost of medical care, Addison-Wesley Publishing Company, Reading, Massachusetts, 1980

Feldstein, M.S. and Friedman, B., Tax subsidies, the rational demand for insurance and the health care crisis, Journal of Public Economics, 7 (1977), pp 155-178

Friedman, M., Capitalism and Freedom, University of Chicago Press, 1962

Van der Gaag, J. en Rutten, F.F.H., Overheidsingrijpen in de gezondheidszorg: enkele lessen uit Amerikaanse ervaringen, Openbare Uitgaven, 12 (1980), 4, pp. 167-178

Groot, L.M.J., Gezondheidszorg in een stagnerende economie, Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 60 (1982), 17, pp 446-451

Havighurst, C.C.: Deregulating the Health Care Industry, Ballinger Publishing Company, Cambridge, Massachusetts, 1982

Jacobs, Ph., The Economics of Health and Medical Care, University Park Press, Baltimore, 1980

De Jong, G.A. and Rutten, F.F.H., Justice and Health for all, Social Science and Medicine, 17 (1983), 16, pp 1085-1095

Jordan, W., Producer protection, prior market structure and the effects of government regulation, Journal of Law and Economics, april 1972

Juffermans, P., Staat en gezondheidszorg in Nederland, Socialistische Uitgeverij Nijmegen, 1982

Lapr  , R.M., Vestigingsbeleid, manpower planning en de W.V.G., Medisch Contact, 38 (1983), 27, pp 819-821

Luft, H.S., How do HMO's achieve their 'savings'? New England Journal of Medicine, 198 (1978), pp 1336-1343

Marmor, Th.R. and Christianson, J.B., Health care policy, a political economy approach, Sage Publications, Beverly Hills, 1982

Maynard, A., The private health care sector in Britain, in G. McLachlan and A. Maynard (ed.), The Public/Private Mix for Health, The relevance and effects of change, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London, 1982

Newhouse, J.P., Manning, W.G., Morris, C., Orr, L., Duan, N., Keeler, E., Leibowitz, A., Marquis, K., Marquis, M.S., Phelps, C. and Brook, R., Some interim results from a controlled trial of cost-sharing in health insurance, New England Journal of Medicine, 305 (1981), pp 1501-1507

Nozick, R., Anarchy, State and Utopia, Oxford (Blackwell), 1974

Pauly, M., Is Medical Care Different? In W. Greenberg (ed.), Competition in the Health Care Sector: Past, Present and Future, Federal Trade Commission, Bureau of Competition, 1978

Rapport Heroverweging (waaronder Volksgezondheid), Tweede Kamer, Zitting 1980-1981, 16.625, nr. 4

Reinhardt, U.W., Table manners at the Health Care Feast, in D. Yaggy and W.C. Anlyan, Financing health care: competition versus regulation, sixth private sector conference, March 1981, Ballinger Publishing Company, Cambridge, Massachusetts, 1982

Reinhardt, U.E., Physician productivity and the demand for health manpower, Ballinger Publishing Company, Cambridge, 1975

Rutten, F.F.H., The use of health care facilities in the Netherlands; an econometric analysis, dissertatie, Rijksuniversiteit Leiden, 1978

Rutten, F.F.H. and v.d. Werff, A., Health policy in The Netherlands: At the crossroads, in G. MacLachlan and A. Maynard (ed.), The public/Private Mix for Health, The relevance and effects of change, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London, 1982.

Rutten, F.F.H., Decentrale budgettering: noodzakelijk komplement van decentrale planning, Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 17 (1982), pp. 458-461

Rutten, F.F.H., Health care policy today: making way for the libertarians?, Effective Health Care, 1 (1983a), 1, pp 35-43

Rutten, F.F.H., Commentaar op ziektekostenverzekering en de collectieve sector van W. van de Ven, in M. Brouwer en M.J. Ellman, De collectieve sector in de crisis, Kluwer, Deventer, 1983b

Schweiker, R., Competition has top priority, Schweiker tells FAH, Federation of American Hospital Review, 14 (May/June 1981), p 47

Siyan, F.A. and Steinwald, B., Effects of regulation on hospital costs and input use, Vanderbilt University, 1979

Stigler G. and Friedland, What can regulators regulate? The case of electricity, Journal of Law and Economics, october 1962

Van de Ven, W.P.M.M., F.A. Nauta, R.C.J.A. van Vliet en F.F.H. Kuiten, Inventarisatie en achtergronden van de consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, Gezondheid en Samenleving, 1 (1980), 4, pp 224-253

Van de Ven, W.P.M.M., Is ook op de gezondheidszorgmarkt uw gulden een daalder waard?, ESB, 67 (1982), nr. 3338, pp 589-593

Van de Ven, W.P.M.M., Ziektekosten en financiële prikkels tot doelmatigheid, Contouren van een Algemene Wer Ziektekosten, ES, 68 (1983a), pp. 72-78.

Van de Ven, W.P.M.M., Ziektekostenverzekering en collectieve sector, in M. Brouwer & M.J. Ellman (ed.), De collectieve sector in de Crisis, Kluwer, Deventer, 1983(b)

Van de Ven, W.P.M.M., Effects of cost-sharing in health care, Effective Health Care, 1, (1983c), 1, pp 47-56

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Herwaardering van welzijnsbeleid, rapport 22, Staatsuitgeverij, 1982

Wolfson, D.J., Economisch herstel als maatschappelijk proces, ESB, 67 (1982), nr. 3371, pp 960-967